

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
744 P Street, Sacramento, CA 95814



December 12, 1986

ALL COUNTY INFORMATION NOTICE NO. 1-115-86

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

SUBJECT: HARDSHIP SUPPLEMENTAL PAYMENT REQUEST FORM (CA 40)

This transmits the Spanish translation of the Hardship Supplemental Payment Request Form (CA 40).

The remaining translations will follow as indicated in ACL 86-110.

If you have any questions regarding the CA 40, please contact Judy Moore at (916) 324-2017 or ATSS 454-2017.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Robert A. Horel'.

ROBERT A. HOREL
Deputy Director

Enclosure

cc: CWDA

SOLICITUD PARA PAGO SUPLEME. AL DE AFDC POR PRIVACIÓN

ES POSIBLE QUE USTED RECIBA DINERO ADICIONAL SI EL CONDADO ESTÁ CONSIDERANDO INGRESOS CONTRA SU ASISTENCIA MONETARIA Y ESOS INGRESOS HAN DISMINUIDO O PARADO.

- Usted debe usar esta forma para solicitar el dinero adicional.
- Debe presentar su solicitud en el mes en que necesite el dinero adicional, no antes o después.
- Debe completar y devolver una forma por separado en cada mes en que el condado cuente ingresos, que han parado o disminuido, en contra de su asistencia monetaria.
- Usted puede recibir solamente un pago adicional cada mes.
- Si usted recibe dinero adicional, es posible que sus beneficios de estampillas para comida resulten afectados.

El condado debe determinar su elegibilidad para dinero adicional dentro de los 7 días laborables siguientes a la fecha en que se reciba esta forma completada.

Si no necesita esta forma ahora, consérvela para después.

¿Tiene preguntas? Llame a su trabajador(a).

1. Solicitamos dinero adicional para _____ En este mes esperamos tener los siguientes ingresos y gastos: (MES)

INGRESOS

Ingresos ganados brutos \$ _____

Otros ingresos \$ _____

Especifique: _____

GASTOS

Costo del cuidado de personas a nuestro cargo \$ _____

Costo de sostenimiento a hijos/esposa(o) \$ _____

Otros gastos \$ _____

Especifique: _____

2. Denos una explicación acerca de los ingresos que disminuyeron o pararon.

A. Cuáles ingresos cambiaron:

B. Cuándo cambiaron.

C. Por qué cambiaron.

3. Adjunte pruebas del cambio en los ingresos (notificación de la terminación del empleo, notificaciones, avisos, etcétera, provenientes de la Administración del Seguro Social (SSA), acerca de los beneficios del Seguro contra Incapacidad (DIB), o del Seguro Contra Desempleo (UIB). Si no tiene pruebas, anote el empleador o la agencia para ponerse en contacto:

NOMBRE _____ TELÉFONO _____

DIRECCIÓN _____

4. Complete lo siguiente: SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL _____

NOMBRE DEL CASO _____ NÚMERO DEL CASO _____

NOMBRE DEL TRABAJADOR _____ NÚMERO DEL TRABAJADOR _____

CERTIFICACIÓN

- Entiendo que las declaraciones que he hecho en esta forma están sujetas a investigación y verificación inclusive el ponerse en contacto con la persona antes mencionada, empleador o agencia.
- Además declaro bajo pena de perjurio en conformidad con las leyes del Estado de California que las declaraciones que he hecho en esta forma son verdaderas y correctas conforme a mi mejor saber y entender.
- Autorizo al condado para que obtenga cualquier verificación de ingresos o circunstancias necesarias para tramitar esta solicitud. Esta autorización es válida durante 30 días a partir de la fecha en que se firmó.

FIRMA _____ FECHA EN QUE SE FIRMÓ _____

FIRMA DEL ESPOSO(A) U OTRO RECIPIENTE ADULTO _____ FECHA EN QUE SE FIRMÓ _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ TELÉFONO _____

Con respecto a esta forma, la revelación de su Número de Seguro Social (SSN) es voluntaria. El SSN será usado para identificar a usted y sus expedientes. Si no podemos identificarle, es posible que no reciba ningún dinero adicional.

SOLAMENTE PARA USO DEL CONDADO

DATE POSTMARKED: _____

CASE NAME AND NUMBER _____

HARDSHIP TEST

Net Countable Income In _____ (PAYMENT MONTH)

Earned income \$ _____

Work Expense Disregard - _____

Dependent Care Disregard - _____

\$30 Disregard - _____

Subtotal = _____

Disregard 1/3 of subtotal (\$30 and 1/3) - _____

Other Countable income + _____

Court Ordered Child/ Spousal Support Paid - _____

Net Countable Income = _____ **A**

Net Countable Income In _____ **B**

_____ (BUDGET MONTH)

If A is Less Than B Proceed:

Computation of Supplemental Payment

Net Available Income In _____ (PAYMENT MONTH)

Total Aid This Month Before Overpayment Adjustments \$ _____

Disregards Not Allowed Due to Late CA 7 + _____

Pregnancy Special Needs - _____

Other Special Needs - _____

Net Countable Income This Month + _____ **(A)**

Support Disregards + _____

\$30 Disregard + _____

\$30 and 1/3 Disregard + _____

Net Available Income \$ _____ **C**

80% MAP = \$ _____

Net Available Income (C) - _____

Supplemental Payment = \$ _____

COMMENTS:

APPROVED DENIED

EW SIGNATURE _____ DATE _____